

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

N°
317

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention médecine)

PAR

SRUL BALTZER

né le 16 Août 1892, à Kischeneff (Roumanie)

**Un cas de Tridactylie bilatérale
avec luxation congénitale
de l'extrémité supérieure du radius droit**

Président : M. A. BROCA, Professeur.

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1924

718

317

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention médecine)

PAR

SRUL BALTZER

né le 16 Août 1892, à Kischeneff (Roumanie)

**Un cas de Tridactylie bilatérale
avec luxation congénitale
de l'extrémité supérieure du radius droit**

Président : M. A. BROCA, Professeur.

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

LE DOYEN..... PROFESSEURS

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale.
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie générale.
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale.
Pathologie et thérapeutique générales.
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale.
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie.
Pathologie expérimentale et comparée.
Clinique médicale.
Hygiène et clinique de la première enfance.
Clinique des maladies des enfants.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
Clinique des maladies du système nerveux.
Clinique des maladies infectieuses.
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Clinique urologique
Clinique d'accouchements
Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.
Clinique thérapeutique médicale.
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale.
Clinique propédeutique

M. ROGER.
MM
NICOLAS.
CUNEO.
Ch. RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBE.
SIARD.
LECENE.
LETULLE.
PRENANT.
RICHAUD.
CARNOT.
Léon BERNARD.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
ROGER.
GILBERT.
CHAUFFARD.
ACHARD.
WIDAL.
MARFAN.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
JEANSELME.
GULLAIN.
TEISSIER.
DELBET.
HARTMANN.
LEJARS.
GOSSET.
De LAPERSONNE.
LEGUEU
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANNIN.
J.-L. FAURE.
BROCA Auguste.
VAQUEZ.
SEBILEAU.
DUVAL.
SERGEANT.

AGREGES EN EXERCICE

MM.
ABRAMI.
ALGLAVE.
AUBERTIN.
BASSET.
BAUDOUIN.
BINET.
BLANCHETIERE.
BRANCA.
BRULE.
BUSQUET.
CADENAT.
CHAMPY.
CHIRAY.

MM.
CLERC.
DEBRE.
I. de JONG.
DUVOIR.
ECALLE.
FISSINGER.
FOIX.
GARNIER.
HARVIER.
HEITZ-BOYER.
HOVELACQUE.
JOYEUX.
LABBE (Henri).

MM.
LARDENNOIS.
LE LORIER.
LEMAITRE.
LEMIERRE.
LEVY-SOLAL.
LHERMITTE.
LIAN.
MATHIEU.
METZGER.
MOCQUOT.
MONDOR.
MOURE.
MULON.

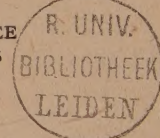
MM.
PHILIBERT.
RIBIERRE.
RICHET Fils.
ROUVIERE.
STROHL.
TANON.
TIFFENEAU.
VAUDESCAL.
VERNE.
VILLARET.
WELTER.

AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.
CAMUS.
GOUGEROT.

MM.
GUENIOT.
RETTERRER.

M.
ROUSSY.



AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

MM.
AUVRAY.
CHEVASSU.
LAIGNEL-LAVASTINE.
LEREBoullet.

MM.
LERI.
LEPER.
OMBREDANNE.
PROUST.

MM.
RATHERY.
SCHWARTZ.
TERRIEN.

CHARGES DE COURS

MM.
MAUCLAIRE, agrégé.
FREY

MM.
N...
LEDOUX-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

ET DE MA COUSINE

A MES SOEURS

A MES FRERES

A MES AMIS

Témoignage de ma sympathie.

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR BROCA

Professeur de clinique chirurgicale infantile
à la Faculté de Paris

Chirurgien de l'Hôpital des « Enfants Malades »

Officier de la Légion d'Honneur

Témoignage de respectueuse reconnaissance.

A MADEMOISELLE SIGOILLOT

*Qui s'est occupée de la partie radiographique.
J'en garderai le meilleur souvenir*

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Paris

Témoignage de la plus grande reconnaissance.

A MON MAITRE LE DOCTEUR BASSET

Professeur agrégé de la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chef de consultation de chirurgie de l'Hôpital Cochin
Expression de mon plus grand respect.

UN CAS DE TRIDACTYLIE BILATÉRALE

avec luxation congénitale de l'extrémité supérieure du radius droit

M. le Professeur Broca a fait établir dans la thèse de notre camarade Dourmoussis, le commentaire radiographique de deux cas de tridactylie par absence de l'auriculaire et de l'annulaire : dans un cas, le squelette de l'avant-bras était normal ; dans l'autre, il y avait une insuffisance de développement du cubitus.

Dans le cas dont M. le Professeur Broca nous a confié la description, l'état de la main est analogue, mais celui de l'avant bras est différent ; et c'est le point intéressant sur lequel nous donnerons quelques détails.

La lésion est bilatérale, et de deux cotés les doigts absents sont l'annulaire et l'auriculaire ; puisqu'au bord externe de la main et de deux cotés un doigt a deux phalanges.

Sur l'état du carpe, nous ne pouvons rien dire, son ossification étant à peu près nulle chez un enfant de 6 mois. Mais à l'avant bras c'est du côté du ra-

dus qu'il semble y avoir une anomalie : ce qui d'ailleurs peut, comme nous le verrons, prêter à une courte discussion.

D'une manière générale, si l'on considère chacun des os de la jambe et de l'avant bras comme un rayon auquel correspondent les extrémités digitales sous-jacentes, on peut dire que l'absence d'un de ces rayons s'accompagne dans la majorité des cas de malformation de ces doigts.

En cas d'absence du radius, c'est le massif du scaphoïde et du trapèze, avec le pouce, qui se développe mal ou pas du tout ; plus rarement manque avec le pouce l'index, et plus rarement encore le médius.

Si l'on prend la malformation en sens inverse, on voit qu'à l'absence d'un doigt correspondent du bas en haut, mais à un degré fort variable, des malformations concomitantes du rayon métacarpo-carpo-antibrachial. C'est par exception seulement qu'à une ectrodactylie externe correspond une anomalie du rayon anti-brachial interne, et inversement, la rareté, disent Rabaud et Hovelacque, est moindre au membre supérieur qu'au membre inférieur, mais elle y reste grande.

Dans le cas actuel, autant qu'on puisse en juger par une radiographie sur des os encore en grande partie cartilagineux, donc transparents, le squelette antibrachial paraît normal à gauche, tandis qu'à droite il y a certainement une luxation du radius en avant.

On constate, d'autre part, que la main droite est plus malformée que la main gauche puisque de ce côté l'index et le médius sont en syndactylie, le pouce seul étant libre.

Est-ce cependant une exception à la règle et faut-il conclure à une malformation radiale avec lésion concomitante au bord cubital de la main ? La chose est discutable. Rien ne prouve, en effet, que la luxation congénitale du radius soit une malformation primitive de cet os ; il est même probable que, souvent au moins, elle est la conséquence mécanique d'une lésion primitive du cubitus.

On saisit ce mécanisme dans certains cas de luxation progressive acquise du radius : la tête de ce dernier os se déboîte peu à peu parce que le cubitus est trop court et par extension corrige ou tend à corriger l'inégalité de deux os accouplés ; de même que la brièveté du radius a pour conséquence le déboîtement de l'extrémité inférieure du cubitus, à la jonction avec le carpe.

L'os le plus long se luxe à son extrémité le moins bien assujettie, d'où la différence pour le radius luxé en haut et le cubitus luxé en bas.

Or, si on examine chez l'adulte, par la radiographie, les luxations congénitales du radius, dans des cas où l'hérédité et la bilatéralité rendent certaine la congénitalité, le vice de développement, on constate que le radius y est plus long que le cubitus, quelquefois même beaucoup plus long. Dans un cas représenté par M. le Professeur Broca dans son traité de chirurgie infantile, la tubérosité bicipitale est

à hauteur de l'interligne huméro-cubital, plutôt un peu au-dessus de lui, et le radius dépasse en haut le cubitus de toute la longueur du col et de la tête.

Nous savons que cet allongement du col peut être consécutif à la luxation, qu'il peut s'atrophier à la longue à la suite de luxations traumatiques chez l'enfant, la pression exercée de haut en bas par le condyle huméral venant à faire défaut, ce qui ne retient plus l'allongement par le cartilage conjugal supérieur. Mais souvent ce cubitus plus court et en même temps plus ou moins malformé avec insuffisance de développement d'une ou des deux apophyses du crochet sigmoïdien ; et quelquefois avec la luxation et l'allongement du col radial existe même une synostose radio-cubitale supérieure.

Sur un enfant aussi jeune que celui dont nous étudions la radiographie, il est impossible de porter un jugement précis sur l'état du crochet sigmoïdien, de dire même s'il y a un emboîtement huméro-cubital en ginglyme : il y a à ce niveau aussi bien à l'humérus qu'au cubitus une masse cartilagineuse, donc transparente, où l'on ne peut absolument rien dire sur la forme et le mode de contact des os. Tandis que certainement le profil nous montre une extrémité radiale située très haut, à hauteur de la partie ossifiée de la diaphyse humérale, et très nettement en avant d'elle et non pas au dessous d'elle.

Y a-t-il, à un degré léger quelque chose d'analogue à gauche ? C'est possible, mais non démontré. En tout cas, s'il y a un déplacement il est très léger pour être appréciable, les épiphyses étant cartilagi-

neuses, par le simple examen des axes diaphysaires prolongés.

Donc, il est fort probable que la malformation du cubitus, par brièveté anormale, soit ici le fait primitif, et dès lors cesserait l'anomalie dont nous venons de parler, l'ectrodactylie portant sur le coté cubital de la main.

De quelle manière faut-il considérer cette anomalie cubitale, à la supposer primitive ? Cette brièveté doit-elle être considérée comme le premier échelon de l'ectromélie, partant de là pour aboutir à l'absence complète, en passant par l'absence partielle de l'extrémité inférieure, celle de l'extrémité supérieure étant tout-à-fait exceptionnelle ? Par là notre observation est intéressante à comparer à celle où, dans sa thèse, notre camarade Dourmousis représente un cubitus réduit à un court cylindre diaphysaire avec insuffisance considérable de deux extrémités : et dans ce cas où rien ne prouve qu'il existe une luxation concomitante du radius, il y a une tridactylie semblable à la nôtre.

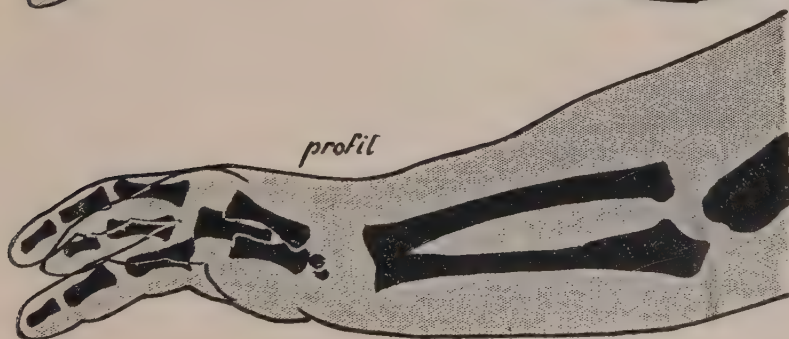
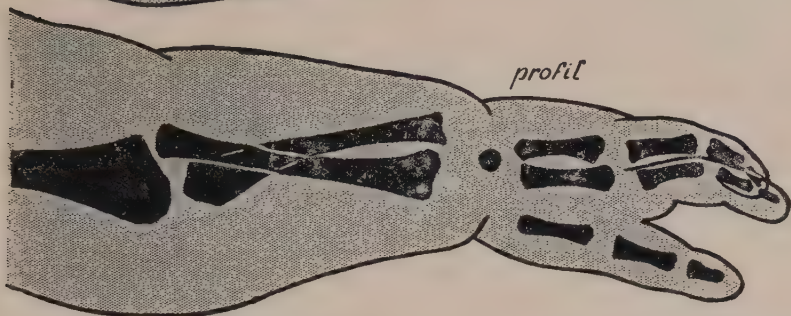
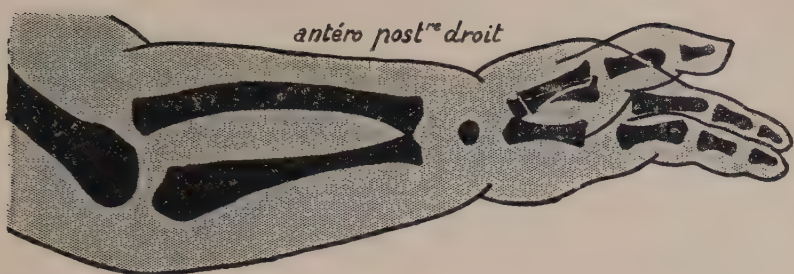
Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, mal élucidé, de tératologie, sur les rapports entre la brièveté d'un os et l'extrémité intercalaire correspondante.

Chez notre malade, il y a d'un côté syndactylie, mais avec liberté du pouce, index et médius étant seuls soudés.

L'indication opératoire, si l'enfant était de nouveau amené à l'hôpital, ne serait pas donc absolue, puisque la pince existe.

S'il y avait à opérer, on pourrait presque sûrement conserver deux doigts, en garnissant un avec la peau de la région et l'autre avec un lambeau pris au dos de la main, selon le procédé de Forgue.

Pendant l'impression de notre thèse, l'enfant a été revue, le 5 juin 1924. Le cubitus droit est plus court que le gauche (85 mm. et 100 mm.). La supination n'arrive à gauche qu'à 45° et à droite au plan sagittal. Dans les mouvements communiqués de pronation et de supination, il y a des craquements à gauche.



*Absence des trois derniers doigts
A droite, luxation congénitale du radius*

CONCLUSIONS

1° Il peut y avoir association de l'ectrodactylie et de la luxation congénitale du radius.

2° Dans notre cas, l'ectrodactylie est interne quoique la règle soit que la malformation osseuse et l'ectrodactylie soient du même côté du membre.

3° Mais l'origine probable de la luxation congénitale du radius étant souvent une brièveté anormale du cubitus, cette exception n'est qu'apparente.

Vu : *Le Doyen,*
H. ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
A. BROCA.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.



